FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N° 797

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

GAUX Jean-Claude,

Né le 18 Août 1935, à Mézières (Ardennes)

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de la Circonscription de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

DE LA GUÉRISON DES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES PAR LE SEUL TRAITEMENT MÉDICAL

A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

Président : Mr. G. BROUET, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

GAUX Jean-Claude,

Né le 18 Août 1935, à Mézières (Ardennes)

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de la Circonscription de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

DE LA GUÉRISON DES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES PAR LE SEUL TRAITEMENT MÉDICAL

A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

Président : Mr. G. BROUET, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

UNIV.
LEIDEN
BIBL.
Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534912_0023

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR :..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR :..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)

MM.

Biophysique médicale ..... DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale ..... DENOIX (P.)
Chimie pathologique ..... SCHAPIRA (G.)
Embryologie ..... TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale ..... LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..... COURY (Ch.)
Histologie ..... GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive ..... BOYER (J.)
Médecine du Travail ..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie) ..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
- - ..... KUSS (R.)
- - ..... VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique ..... N...
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale ..... LAROCHE (Cl.)
- - ..... BRICAIRE (H.)
- - ..... PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales ..... N...
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J.)
- ..... LEVY (Mlle J.)
Physiologie ..... BARGETON (D.)
- ..... PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... LEPAGE (F.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..... CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique ..... CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée ..... LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique ..... OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique ..... NEZELOF (Ch.)
Bactériologie ..... BARBIER (P.)

MM.

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(-	N...
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - - (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
- (Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
- (Broussais ..... MILLIEZ (P.)
- (Cochin ..... BROUET (G.)
- (Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
- (Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- (Pitié ..... DREYFUS (G.)
- (Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
- (Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
- (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
- (Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

-MM.

Clinique de pédiatrie ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puéri-
culture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie
(Laënnec) ..... BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infan-
tile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et
sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale
(Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale
(Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et ortho-
pédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première
enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgi-
cales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRÉ (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... (AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(GROSSIORD (A.)
(LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)
(PERRAULT (M.)
(SIGUIER (F.)
(WORMS (R.

MM.

Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)
Neurologie ..... LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie ..... MADURO (R.)
Pédiatrie ..... (POLONOVSKI (Cl.)
(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie ..... (KREIS (B.)
(MEYER (A.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie ..... CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale ..... (CARTIER (P.)
(GONNARD (P.)
Biologie médicale ..... HARTMANN (L.)
Hématologie ..... BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses ..... DUPONT (V.)
Physique médicale ..... (COURSAGET (J.)
(GREMY (F.)
Physiologie ..... GIRARD (Fr.)
Stomatologie ..... CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique ..... CHASSAGNE (P.)

III.- PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr.s.Ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. Ch.

IV.- PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

MM

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Avec ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SOEUR - A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. B R O U E T

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Clinique médicale
Hôpital Cochin

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

En hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR Gabriel ROCHE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin phtisiologue
Chef de Service à l'Hôpital d'Eaubonne

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et m'a précieusement guidé dans sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour son enseignement tout au long de l'année 1965-1966.

A M E S M A Î T R E S

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Monsieur le Professeur Agrégé GERMAIN

Monsieur le Professeur Agrégé NICK

Monsieur le Docteur BOUCHARD,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur Agrégé MANDE

Monsieur le Docteur LIEVRE,
Professeur au Collège de Médecine.

DE LA GUÉRISON DES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

PAR LE SEUL TRAITEMENT MÉDICAL.

A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS.

INTRODUCTION

Les bons résultats obtenus par le traitement médical, dans les pleurésies purulentes (1), nous ont conduit à traiter de la même manière les collections suppurées sous-phréniques qui nous étaient confiées, souvent à l'occasion d'une réaction pleurale, fréquente au cours de ces états pathologiques.

Pourtant, d'après les données admises jusqu'à ce jour, le traitement de ces abcès ne prête guère à discussion ; l'indication opératoire est formelle et urgente (2)(3)(4). Si certains ont pu décrire des guérisons médicales, elles sont attribuées à la précocité de la thérapeutique qui décapite l'affection au stade d'"inflammation" péritonéale sans pus (2) ; ainsi, DESJACQUES et REPLUMAZ rapportent que FAXON, sur 175 tableaux cliniques d'abcès sous-phréniques, compte 32 cas guéris sans intervention chirurgicale ; mais une fois l'abcès collecté, seul le drainage complet et continu du pus peut être efficace ; "la simple ponction de l'abcès, suivie d'injections in situ d'antibiotiques, ne peut suffire pour amener la guérison" (2).

Nous n'avons pas suivi ces auteurs dans leurs conclusions ; et puisqu'il est admis de traiter médicalement les suppurations d'autres séreuses, pleurésies et méningites en particulier, nous avons pensé que nous pouvions, de la même façon, faire confiance aux antibiotiques pour guérir les suppurations localisées de la loge sus-hépatique.

Nous rapportons ici trois observations d'abcès sous-phréniques, guéris par le seul traitement médical ; à cette occasion, nous avons tenté de faire une revue générale de la littérature française et étrangère, consacrée à cette question.

GÉNÉRALITÉS SUR LES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

Les abcès sous-phréniques sont des péritonites localisées qui siègent entre le diaphragme en haut, le mésocolon transverse et le colon transverse en bas.

I - FRÉQUENCE.

Bien qu'assez rares (2)(3), les abcès sous-phréniques n'auraient pas diminué de fréquence ; par contre, selon CARTER et BREWER, les travaux consacrés à ces abcès ont diminué (5).

Malgré les antibiotiques qui sont souvent prescrits précocément dans les suites immédiates de bon nombre d'interventions chirurgicales, ces auteurs n'ont pas noté de diminution de fréquence des abcès sous-diaphragmatiques (5). Ces faits semblent s'expliquer en raison de l'inactivité des antibiotiques sur la collection suppurée (3)(4)(5). Chaque opéré de l'abdomen est un candidat possible à l'abcès sous-phrénique. GUIVARC'H a ainsi observé 59 abcès après 2.639 interventions sur l'étage sus-mésocolique, soit une fréquence de 2 % environ (4).

II - TOPOGRAPHIE.

1°- Facteurs influençant la localisation sous-phrénique.

La localisation des péritonites localisées dans la région sous-diaphragmatique tient à plusieurs facteurs.

D'abord, les obstacles mécaniques que réalisent les replis et les cloisonnements péritonéaux, essentiellement à droite, permettent la rétention des liquides à ce niveau ; ensuite, la majorité des lymphatiques des voies biliaires, hépatiques ou duodénaux, gagnent tous la région diaphragmatique droite, ce qui explique la plus grande fréquence des abcès dans cette région ; enfin, OVERHOLT et DONCHESS ont démontré qu'il existe une pression négative dans les espaces sous-phréniques ; celle-ci, associée aux mouvements du diaphragme, tend à aspirer les liquides contenus dans la cavité péritonéale.

2°- Variétés topographiques des abcès sous-phréniques.

Selon DESJACQUES et REPLUMAZ, on peut distinguer deux variétés d'abcès sous-phréniques (2) :

a)- Les abcès sus-hépatiques interhépato-diaphragmatiques : La suppuration se collecte entre le péritoine diaphragmatique en haut, et le péritoine qui tapisse la face supérieure convexe du foie en bas, le feuillet droit du ligament falciforme à gauche, et le péritoine qui tapisse la paroi thoraco-abdominale droite en dehors.

Cependant, l'abcès n'occupe pas toute l'étendue de la loge ainsi limitée ; par suite de cloisonnement, les uns sont antéro-supérieurs, les autres postéro-supérieurs.

b)- Les abcès sous-hépatiques internépato-coliques : Ces abcès se développent au-dessous de la face inférieure du foie.

= Les uns sont intra-péritonéaux :

- soit à droite, derrière le petit épiploon ou l'estomac ;

- soit à gauche (abcès sous-phréniques gauches), au voisinage de la rate et de l'angle gauche du colon, prégastrique.

= Les autres rétropéritonéaux : leur situation les place juste devant le diaphragme, au-dessus de l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein, soit à gauche, soit à droite.

3°- Fréquence selon la localisation.

Le siège le plus fréquent des abcès sous-phréniques est la loge interhépato-diaphragmatique droite.

- Pour OCHSNER et DE BAKEY (6), 67 % des cas, dans une statistique portant sur 3.608 observations.

- Pour CARTER et BREWER (5), 71 % des cas, dans une statistique portant sur 125 abcès observés entre 1944 et 1964.

Les abcès de la loge gauche sont plus rares, mais leur fréquence véritable semble difficile à apprécier, en raison de leur méconnaissance fréquente (7). Ainsi s'expliquent les divergences des statistiques, les proportions variant entre 2 % et 25 %:

- 1 sur 3, pour OCHSNER, sur 1.517 cas ;
- 22 %, pour MARTINET et PIQUAND ;
- 10 %, pour BOQUIEN et ses collaborateurs.

Parmi les observations d'abcès sous-phréniques traités médicalement, que nous présentons ou que nous avons relevées dans la littérature, les localisations se répartissent ainsi :

- à droite : 17 cas,
- à gauche : 4 cas.

III - ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1°- Description de la poche purulente (3).

L'aspect est identique, quelle que soit la localisation de l'abcès.

Sa paroi est formée par les replis péritonéaux

et les viscères qui sont infiltrés, épaissis, adhérents.

Le plus souvent, la poche est unique, mais parfois multiple. Le contenu est louche ou franchement purulent ; parfois, le pus est associé à des gaz, dont il importe de discuter ici l'origine.

2°- Origine des gaz.

Comme pour les pleurésies putrides, ces gaz ont été peu étudiés. D'après les travaux de d'HOUR (8), au cours des pleurésies putrides, l'élément gazeux provient le plus souvent de l'air atmosphérique ayant filtré à travers une perforation pleuro-pulmonaire. Toutefois, VAN DEN BUSSCHE (9) n'exclut pas la possibilité d'un autre facteur associé, à savoir le dégagement de gaz par les germes anaérobies.

Par analogie, nous pensons qu'il faut faire intervenir ces deux facteurs dans la production des gaz, constatés au cours des abcès sous-phréniques pyogazeux. Deux arguments nous incitent à croire en l'existence d'une perforation digestive et d'une exhalaison des germes anaérobies :

- d'une part, on a décrit des pneumopéritoines au cours de certaines appendicites, ce qui témoigne d'une fistule intestinale (10) ;

- d'autre part, on sait que les germes anaérobies mis en culture dégagent des gaz.

Le problème est cependant de connaître la part respective que peuvent jouer ces facteurs dans la genèse des gaz de l'abcès sous-prénique. Pour notre part, nous pensons :

- que la perforation digestive est l'élément essentiel ;

- qu'il est difficile d'établir un rapport précis entre la production des gaz par les anaérobies et leur quantité, souvent très grande, que l'on trouve

dans les abcès.

IV - ÉTIOLOGIE.

Deux aspects doivent être envisagés : celui de l'affection en cause, en premier lieu ; celui du germe à l'origine de la suppuration, en second lieu.

1°- Les affections en cause.

a)- Parfois évidentes lorsqu'il s'agit d'abcès post-opératoires, qu'ils surviennent après gastrectomie, cholécystectomie, appendicectomie, ou ulcus perforé traité par la méthode de Taylor.

En fait, toutes les interventions chirurgicales sur l'étage sus- ou sous-mésocolique peuvent être à l'origine d'un abcès sous-phrénique (3)(4).

CARTER et BREWER (5) signalent que cette cause est en augmentation depuis l'ère des antibiotiques. Pour WAHIB NIWI, ces abcès post-opératoires représentent 30 % des cas (11).

Sur les 21 abcès sous-phréniques traités médicalement que nous rapportons, les auteurs n'ont pas toujours fait mention de l'étiologie ; il nous a été possible de la préciser dans 19 cas. Sur ces 19 cas, 12 étaient post-opératoires.

b)- Les autres étiologies.

= Trois grandes causes dominent (2) :

- Gastriques, avec l'ulcus perforé en péritoine cloisonné ;

- Appendiculaires, et l'appendicite est le plus souvent sous-hépatique ou rétro-caecale. Toutefois, il faut signaler que cette cause est en régression, comparée à sa fréquence avant l'ère des antibiotiques (5).

- Hépato-biliaires, et parmi elles les cholécystites calculeuses et les abcès du foie sont le plus souvent retrouvés.

= Plus rarement, on retrouve :

- les traumatismes pénétrants de la région : 20 cas sur 890 abcès dans la statistique de PIQUAND citée par POILLEUX et POUYAN ; 18,4 % sur les 125 cas observés entre 1944 et 1964 par CARTER et BREWER ;

- les lésions thoraciques représentant 32 cas sur 890 abcès rassemblés par PIQUAND ;

- les causes diverses (pancréatiques, rénales, génitales) représentant 15 % dans la statistique de CARTER et BREWER ; parmi elles, les affections gynécologiques sont le plus souvent à l'origine d'un abcès sous-phrénique gauche (12).

= Ailleurs, la cause n'apparaît pas :

- On parle alors d'abcès en apparence primitif. Les abcès sous-phréniques dits primitifs sont actuellement plus rares, depuis le traitement précoce des lésions causales (14)(4). Ainsi, sur 890 cas, PIQUAND ne retrouve pas de cause dans 64 cas. NINI, citant OCHSNER et DE BAKEY, estime que la fréquence de ces abcès primitifs est de l'ordre de 10 %.

- Nos trois observations personnelles ont fait l'objet de recherches étiologiques classiques. Dans un cas (observation N° 2), il n'a pas été possible de préciser la cause. La suppuration sous-phrénique de l'observation N° 1 était vraisemblablement secondaire à une appendicite, en raison de crises douloureuses de la fosse iliaque droite retrouvées à l'interrogatoire, et de la taille de la poche purulente qui s'étendait jusqu'à la région appendiculaire. Enfin, la collection purulente de l'observation N° 3 était un abcès post-opératoire après appendicectomie.

2°- Les germes à l'origine de la suppuration.

a)- Au cours des suppurations monomicrobiennes.

Avant l'ère des antibiotiques, les suppurations sous-phréniques étaient, semble-t-il, le plus souvent monomicrobiennes (5). Les germes le plus fréquemment rencontrés étaient les colibacilles et le streptocoque. Signalons comme rareté la suppuration sous-phrénique à Para B, observée par RAVINA et ses collaborateurs (13).

b)- Au cours des suppurations polymicrobiennes.

Depuis l'apparition des antibiotiques, on isole le plus souvent plusieurs germes dans le pus sous-diaphragmatique (5). Très fréquemment, on trouve réunis colibacilles, staphylocoques et anaérobies. Dans nos deux premières observations, les germes réalisaient les associations suivantes :

Observation N° 1	Observation N° 2
- Colibacilles	- Entérocoques
- Perfringens	- Colibacilles
- Streptocoques anaérobies.	

Ces suppurations polymicrobiennes posent parfois de difficiles problèmes thérapeutiques, en raison de la résistance aux antibiotiques de certains germes, comme les gram négatifs (aerobacter et proteus ne sont pas sensibles à la pénicilline et aux tétracyclines) (5).

c)- Dans certains cas, le pus est amicrobien.

Parfois, on ne retrouve aucun germe dans le pus, malgré des recherches et des cultures nombreuses. Ce fut le cas dans notre observation N° 3. Il est certain que cette absence de germes est liée le plus souvent à un traitement antibiotique prescrit au début de la maladie, alors que le diagnostic n'est pas encore établi ; ces faits se retrouvent d'ailleurs pour d'autres suppurations des séreuses, méningites puru-

lentes en particulier, au cours desquelles AUBERTIN ne trouve aucun germe dans 41,5 % des cas, dans une étude portant sur 72 observations de méningites purulentes de l'adulte (15).

V - DIAGNOSTIC POSITIF.

Nous n'aurons en vue ici que les abcès à retentissement thoracique.

1°- Clinique.

a)- Les signes révélateurs sont variables.

- Tantôt il s'agit d'un syndrome infectieux avec fièvre à 38-39°.

- Ailleurs, ce sont des signes thoraciques dominés par un point de côté, mais bas situé, une toux douloureuse.

- Enfin, dans d'autres cas, ce sont des manifestations abdominales.

Mais quel que soit le mode de début, le tableau clinique est bientôt dominé par un syndrome de suppuration profonde :

. amaigrissement,
. faciès terreux,
. fièvre à 38-39° en plateau,
. hyperleucocytose avec polynucléose franche.

Il faut rechercher :

b)- Les signes de localisation.

Ils sont essentiellement à projection thoracique, et CARTER et BREWER les retrouvent dans 44 % des cas d'abcès sous-phréniques (5).

- C'est souvent un syndrome pleurétique qui attire l'attention, dont il importe de faire la preuve du siège sous-phrénique. On sait, en effet, que

les épanchements pleuraux à liquide clair sont possibles au cours des affections abdominales (16).

- En faveur de l'abcès sous-phrénique, la confexité en haut de la matité, l'existence d'un point douloureux provoqué précis sont des signes bien contingents ; c'est souligner l'importance de l'examen:

2°- Radiologique.

a)- Les signes directs de l'abcès.

Les signes directs de l'abcès sont donnés par les clichés de face et de profil, et sont plus tardifs.

- Parfois pathognomoniques, s'il existe une image aéro-liquidienne, inconstante malheureusement ; CARTER et BREWER l'ont pourtant observée dans 37,5 % des cas sur 125 observations. Pour notre part, nous l'avons rencontrée une fois sur les trois cas que nous présentons.

- Souvent, les signes traduisent une atteinte réactionnelle pleuro-pulmonaire sous forme :

. d'un épanchement qui est presque la règle,

. d'une opacité parenchymateuse de la base,

. ou d'une atélectasie.

b)- Lorsque les signes ne sont pas convaincants,

- il faut insister sur la répétition des clichés dans le temps (5),

- surtout sur l'intérêt de la radioscopie, si elle montre une diminution d'amplitude de la course diaphragmatique, puis une surélévation de l'hémi-diaphragme, que celle-ci soit réelle, ou seulement liée à un épanchement inter-pleuro-diaphragmatique.

- Exceptionnellement, on a pu proposer le pneumopéritoine, mais il n'a d'intérêt que dans les abcès sus-hépatiques d'évolution subaiguë ou chroni-

que (5).

Ces difficultés soulignent l'intérêt de :

3°- La ponction exploratrice et l'injection "in situ" de lipiodol.

a)- Importance.

Il faut insister sur la valeur diagnostique de la ponction ; nous l'avons pratiquée dans nos trois cas ; LORETTI et FACCIANI l'ont toujours faite également dans leurs dix observations, que nous analysons par ailleurs. Pourtant, certains auteurs étrangers la rejettent formellement, car elle est considérée comme "dangereuse et peu utile" (17).

Il apparaît que l'intérêt de la ponction est triple :

- pour préciser le diagnostic, lorsqu'elle permet de ramener successivement du liquide séreux d'origine pleurale, puis du pus, à des profondeurs ou en des points différents ;

- pour rechercher les germes en cause, et ainsi tester leur éventuelle sensibilité aux antibiotiques ;

- pour affirmer la topographie sous-diaphragmatique, car après avoir évacué le pus, il est possible d'injecter par la même aiguille quelques cm3 de lipiodol lourd à 40 %, qui seul visualise la poche et précise son siège sous-diaphragmatique.

b)- Intérêt des films pris après lipiodol.

Les films pris après injection locale de lipiodol sont capitaux ; ils précisent :

= les caractères anatomiques de l'abcès :

- régularité des contours,
- existence de diverticules ou de prolon-

gements descendants qui viennent encore affirmer la topographie abdominale,

- aspect du bas-fond, bien limité ou au contraire irrégulier, souvent très bas situé.

= les limites de l'abcès :

- les clichés de face et de profil debout permettent de préciser les diamètres vertical, transversal et antéro-postérieur ;

- les clichés de profil, en décubitus dorsal et ventral, mais surtout en décubitus latéral, permettent de juger des dimensions de la poche en avant et en arrière.

= la topographie abdominale :

- soit en avant, soit en arrière, sur les clichés de profil,

- vers le bas, en appréciant la situation du bas-fond par rapport à la crête iliaque.

En résumé, nous considérons que la ponction est l'élément essentiel du diagnostic, tant :

- pour l'étude des germes,

- l'injection de lipiodol "in situ", qui permettra la prise de clichés contrastés,

- par le fait enfin que le point de piqûre de cette ponction servira de repère ultérieur pour les injections locales d'antibiotiques.

VI - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Ici encore, nous n'envisagerons que les problèmes posés par les abcès interhépato-diaphragmatique et sus-hépatique.

Dans tous les cas, nous avons vu qu'il était difficile d'affirmer l'existence d'un abcès sous-

phrénique, ce qui explique qu'il était souvent découvert tardivement.

En fait, devant un syndrome de suppuration profonde, il faut éliminer :

1°- La pathologie d'une base thoracique.

- Toutes les condensations (pneumonies, atélectasies).

- Les pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes sont d'autant plus difficiles à éliminer, quand on sait qu'elles sont très fréquemment réactionnelles à des abcès sous-phréniques ; mais lorsque la ponction permet de retirer deux liquides d'aspect différent, ce signe permet souvent de trancher (3).

2°- Les affections hépato-vésiculaires.

- Cholécystites : en règle facile.

- Abcès du foie, en sachant qu'ils peuvent aussi être à l'origine d'un abcès sous-phrénique (17). Ici, il faut souligner l'intérêt des films après lipiodol, qui montrent le siège périphérique, sous-cortical, des abcès sous-phréniques, alors que l'abcès du foie est plus central et profond.

Au total, les étapes du diagnostic sont les suivantes (3) :

- Affirmer l'existence d'un syndrome de suppuration profonde ;

- Préciser que la symptomatologie siège autour du diaphragme ;

- Préciser le siège sous-phrénique.

LE TRAITEMENT MÉDICAL

Contrairement aux opinions admises jusqu'à ce jour, nous pensons que le traitement médical des abcès sous-phréniques peut souvent se substituer à l'acte chirurgical.

I - HISTORIQUE du TRAITEMENT MÉDICAL.

Les essais de traitement médical des abcès sous-phréniques sont rares et le plus souvent isolés. Cependant, nous avons relevé dans la littérature une série de 10 cas observés entre 1940 et 1954 par LORETTI et FACCIANI ; nous-même présentons trois cas traités dans le Service du Docteur ROCHE ; compte tenu des autres observations isolées, le total des abcès sous-phréniques traités par les méthodes non chirurgicales s'élève à 21.

= Cas de F. TREMPE et W.M. CARON, Mars 1946 (19).

Abcès sous-phrénique secondaire à une perforation gastrique. Diagnostic fait radiologiquement sur la constatation d'une image aéro-liquidienne ; il n'y a pas eu de ponction exploratrice. Régression des signes cliniques et disparition de l'image hydro-aérique sous-diaphragmatique après cure de pénicilline par voie générale.

= Cas de M. JANBON et L. BERTRAND et P. IZARN, Septembre 1948 (20) :

Abcès sous-phrénique post-opératoire, après appendicectomie à froid. Diagnostic affirmé par ponction, qui permit de ramener du pus fétide et d'injecter localement, d'abord 40.000 u. de pénicilline qui furent inefficaces, puis 1 g de streptomycine. La guérison totale fut assurée par cette seule injection "in situ".

= Cas de A. RAVINA, Y. PECHER et M. RIBIERRE, Janvier 1950 (13).

Suppuration sous-phrénique gauche, consécutive à une perforation intestinale vraisemblable, survenue dans les suites d'une paratyphoïde B. Diagnostic confirmé par ponction qui a retiré du pus et permis d'isoler le germe para-B. Guérison assurée par chloromycétine locale (1 injection) et générale.

= Cas de DESJACQUES, TOURAINE et AVET, Septembre 1950.

Ce cas est rapporté par DESJACQUES en 1950, en le comparant au cas de TREMPE et de CARON (2). Cholécystectomie chez un sujet de 39 ans, en Juin 1949. Nouvelle hospitalisation en Août 1949, pour un syndrome infectieux ; la radio montre une hémicoupole droite surélevée et immobile ; rétrocession des signes sous pénicilline.

En Septembre 1949, nécessité d'une troisième hospitalisation ; on découvre une image radiologique typique d'abcès sous-phrénique droit. Guérison assurée par l'association pénicilline-streptomycine par voie générale.

= Cas de G. ROCHE, G. CHAMBAS et M. VERON, 1951 (21).

Cette observation, que nous rapportons par ailleurs, expose la guérison d'une suppuration sous-phrénique droite après un traitement par injections locales quotidiennes de pénicilline et streptomycine ; au début, les injections d'antibiotiques étaient précédées par l'évacuation du pus. Le traitement a duré

un mois et la guérison a été obtenue sans complication et sans séquelle.

= Cas de N. DANNER, 1951 (22).

L'auteur a traité un abcès sous-phrénique droit post-opératoire, survenu au cours de la 3me semaine d'une intervention chirurgicale pour perforation d'ulcus duodénal.

Le diagnostic a été confirmé par la ponction exploratrice qui a ramené 250 cc de pus, dans lequel on a isolé du colibacille.

Un traitement médical mixte, local et général, a été institué. 12 injections d'antibiotiques in situ ont été ainsi faites ; les 4 premières ont été quotidiennes ; ensuite, elles ont été espacées tous les 2 ou 3 jours ; à chaque ponction, $\frac{1}{2}$ g de streptomycine a été instillé dans la cavité de l'abcès ; parallèlement, le malade a reçu 1 g du même antibiotique par voie intra-musculaire. Au 26e jour du traitement, le malade a pu être considéré comme guéri, avec cependant des séquelles pleurales.

L'auteur pense qu'à l'avenir les suppurations sous-phréniques peuvent être traitées par ponctions évacuatrices de pus, suivies d'injections d'antibiotiques locaux.

= Cas de DE RITIS BOZZOLO, 1952.

Ce cas est rapporté par M. FERRETTI (23) ; il s'agit d'une suppuration sous-phrénique, guérie par injections locales de pénicilline et streptomycine.

= Cas de J. ZASLOW et F. SACHS, 1953 (24).

Abcès sous-phrénique droit après cholécystectomie. Les auteurs pensent d'abord à une périhépatite et instituent un traitement par terramycine intraveineuse. Quand le diagnostic est rectifié, l'état du malade est très amélioré et l'intervention n'est

pas jugée nécessaire. L'évolution s'est faite vers la guérison totale.

= Les 10 cas de M. LORETTI et E. FACCIANI, 1954 (25).

Les auteurs rapportent les observations de 10 abcès sous-phréniques qu'ils ont traités par le seul traitement médical, entre 1947 et 1954.

La localisation était la suivante :
- 7 abcès droits,
- 3 abcès gauches.

L'étiologie était assez univoque :
- 7 abcès post-opératoires,
- 3 abcès apparemment primitifs.

Le diagnostic a été confirmé :
- d'une part, à l'aide des signes cliniques et radiologiques ;
- d'autre part, les ponctions exploratrices qui ont été systématiques et ont toujours ramené du pus.

Le traitement a été double ; il a consisté, dans tous les cas, en une antibiothérapie générale, associée à des injections locales d'antibiotiques :
- 8 cas avec pénicilline seule ;
- 2 cas avec pénicilline-streptomycine associées ;
- le nombre des ponctions évacuatrices et d'injections d'antibiotiques "in situ" a été, le plus souvent, réduit, variant entre 3 et 5.

Les résultats ont été bons : 8 guérisons totales sont notées.

Deux décès sont pourtant à noter ; mais les auteurs signalent, à leur propos : "Dans un cas, le traitement (médical) a donné de bons résultats dans un premier temps, puis l'intervention chirurgicale par voie postérieure s'est avérée indispensable, sans cependant obtenir la guérison. Dans le dernier cas, il y a eu un exitus qui a empêché la mise en route de

la thérapeutique spéciale de l'abcès sous-phrénique".

Ces deux décès doivent être commentés pour dire qu'ils ne peuvent être imputés à la thérapeutique médicale, comme le soulignent les auteurs ; en effet, pour l'un, il s'agit d'un malade dont la suppuration évoluait depuis plus d'un an lorsque les auteurs ont commencé les injections locales d'antibiotiques ; la tentative de traitement médical n'ayant pas été concluante, les auteurs ne se sont pas obstinés et ont décidé de pratiquer l'intervention chirurgicale. Malgré celle-ci, la mort est survenue. Pour l'autre, la mort est survenue quelques heures seulement après la première injection locale de pénicilline.

= Cas de JAUBERT de BEAUJEU et GUILLET, Mai 1957 (26).

Appendicectomie chez une jeune fille de 18 ans, en Septembre 1956 ; suites opératoires compliquées, et découverte sur la radiographie, au mois de Novembre 1956, d'une condensation de la base droite, avec un niveau horizontal sous-diaphragmatique. Vomique de pus franc, fin Novembre 1956, qui témoigne de l'existence d'un orifice transdiaphragmatique entre l'abcès et les bronches.

La guérison de la suppuration a été obtenue après une cure déclive et une antibiothérapie par voie générale associant deux antibiotiques (pénicilline et streptomycine) et un sulfamide (Sumédine).

II - IMPORTANCE DES INJECTIONS LOCALES D'ANTIBIOTIQUES

Plusieurs facteurs semblent se conjuguer pour déterminer l'efficacité de l'antibiothérapie locale.

1°)- Apport massif des produits au sein du foyer suppuré.

Il est clair que les injections d'antibiotiques "in situ" permettent d'apporter, au contact même de la pullulation microbienne, des doses importantes du produit bactéricide ou bactériostatique.

Ces doses ne pourraient pas être obtenues si l'antibiotique était injecté par voie générale. Il n'y a aucune commune mesure entre le taux des antibiotiques injectés par voie générale et locale. C'est ainsi que certains auteurs ont montré que les taux d'antibiotiques obtenus dans un liquide pleural, après injection intra-musculaire du produit, sont variables, mais toujours inférieurs (du 1/4, de la 1/2 ou des 2/3) par rapport à ceux du sérum sanguin. Dans ces conditions, une petite quantité par voie locale est supérieure à une quantité considérable injectée par voie générale.

Pour leur part, G. ROCHE et F. PELLERIN (27) insistent sur le fait que, au cours des différentes suppurations séreuses, "la voie locale est préférable qui, seule, permet des concentrations très élevées immédiatement obtenues".

2°)- L'antibiothérapie locale est une antibiothérapie générale.

Ces faits ont été étudiés en 1957, à propos de la perméabilité pleurale comparée de la plèvre saine et de la plèvre pathologique (27).

Les auteurs ont montré que la sulfamidémie obtenue après injection intra-musculaire et intra-pleurale en plèvre pathologique, de sulfathiourée, était superposable.

De la même manière, en 1965, SHEAR et ses collaborateurs (28) ont étudié le taux d'absorption des antibiotiques à travers le péritoine ; ils ont conclu à une excellente résorption à travers la séreuse péritonéale, aboutissant à des taux sanguins d'antibiotiques efficaces, superposables à ceux qui suivent l'administration intra-musculaire ou intra-veineuse du même produit.

Pour conclure, ces mêmes auteurs pensent que l'administration transpéritonéale des antibiotiques constitue une thérapeutique efficace et peu dangereuse dans les infections généralisées. Ces études expérimentales aboutissent à une notion fondamentale: les antibiotiques diffusent très rapidement et à des taux importants, à travers les séreuses. Cette rapidité de diffusion fait que l'on peut superposer les taux sanguins obtenus par voie générale et locale.

3°)- Les antibiotiques possèdent une activité antiphlogistique.

Ainsi qu'il ressort des études expérimentales de TCHOUKITCHEW (29), il semble que les antibiotiques possèdent une action anti-inflammatoire, en plus de leur activité sur les germes microbiens.

D'après l'auteur, cette activité par ordre décroissant serait la suivante : chlortétracycline, streptomycine, monomycine, chloramphénicol, néomycine, pénicilline.

Au sein de ce spectre d'activité, l'action antiphlogistique de l'hydrocortisone se situerait entre celle de la chlortétracycline et celle de la streptomycine.

III - MODALITÉS DES INJECTIONS LOCALES.

1°- Technique.

En règle générale, les auteurs français ou étrangers dont nous présentons les observations n'ont pas précisé ce point.

En ce qui concerne nos trois cas, nous pouvons apporter les précisions suivantes :

- Les injections locales d'antibiotiques ont toujours été faites, pour la première, après repérage radiologique ; pour les suivantes, en piquant

chaque fois au même endroit, et en faisant précéder, du moins au début, les injections par une soustraction de pus.

- Le nombre des injections a été variable ; dans deux cas (obs. N° 1 et 3), elles ont d'abord été quotidiennes, puis espacées ensuite. Cependant, nous pensons qu'il ne faut pas réduire le nombre des injections locales d'antibiotiques, bien que LORETTI et FACCIANI n'en aient jamais pratiqué plus de 3 à 5, et que, dans l'un de nos cas (Obs. N° 2), le sujet n'en ait reçu que 6.

- Pour l'avenir, nous nous demandons si les ponctions suivies d'injections d'antibiotiques ne pourraient pas être avantageusement remplacées par la pose d'un petit drain en polythène, qui permettrait d'assurer, à la fois, un drainage continu de la cavité de l'abcès et d'injecter les antibiotiques "in situ", deux fois par jour. Cette technique a été pratiquée 8 fois par GUIVARC'H (4), et a conduit à 6 guérisons et 2 échecs amenant à l'intervention.

2°- Choix et doses des antibiotiques.

Cette voie d'administration n'échappe pas aux lois générales de l'antibiothérapie :

- sensibilité des germes aux antibiotiques,
- bonne tolérance générale,
- association des produits qui permet de réduire les risques de résistance et d'obtenir un large spectre d'activité.

Tous les cas traités avec injections locales, que nous rapportons ici, l'ont été avec :

- soit la pénicilline ou streptomycine seules,
- soit l'association pénicilline-streptomycine pour les abcès observés entre 1946 et 1954.

- Notre observation N° 3, traitée en 1965, l'a d'abord été par tifomycine suspension, puis par l'association pénicilline-colimycine.

D'une façon générale, il y a intérêt à associer les antibiotiques entre eux, pour les raisons suivantes (30) :

- Réaliser une synergie bactéricide.

  (Les plus importantes sont les associations de pénicilline-streptomycine, et surtout de pénicilline-kanamycine qui, d'après M. NEUMAN, va probablement, dans l'avenir, remplacer de plus en plus l'association précédente).

- Retarder l'installation de la résistance microbienne.

- Elargir le spectre d'action.

  (Nécessaire dans les suppurations à germes multiples).

Nous pouvons résumer la thérapeutique locale de nos trois cas dans le tableau suivant :

OBS.	ANTIBIOTIQUES	DOSES LOCALES TOTALES	DOSE par INJECTION	FREQUENCE des INJECTIONS
N° 1 FR...	Pénicilline-Streptomycine	Péni.: 23.200.000 U. Strepto. : 26 g (n'a été associée qu'après isolement du colibacille).	Péni.: 400.000 U. Strepto. : 0,50 g (2 injections par jour).	Injections quotidiennes pendant 30 jours. Doses réduites de moitié à la fin du traitement.
N° 2 BEND.	Tifomycine suspension Pénicilline-Colimycine	Tifo. 0,25 x X 3 Péni.: 6.000.000 Coli.: 6.000.000	Péni.: 2.000.000 Coli.: 2.000.000 (1 injection par 24 heures)	3 injections quotidiennes avec Tifomycine. 3 injections à intervalles espacés avec Péni-Coli.
N° 3 WAV..	Soframycine Pénicilline-Colimycine	Soframycine Péni.: 26.000.000 Coli.: 26.000.000	Péni.: 2.000.000 Coli.: 2.000.000	1 injection de Soframycine. 13 injections d'abord quotidiennes de Péni.-Coli., puis espacées ensuite tous les 2 ou 3 jours.

IV - L'ANTIBIOTHÉRAPIE GÉNÉRALE.

Tous les auteurs ont institué une antibiothérapie par voie générale, lorsqu'ils ont traité un abcès sous-phrénique par le traitement médical ; mais il faut opposer les abcès qui ont guéri uniquement par l'antibiothérapie générale, et ceux guéris avec la voie locale associée. Sur les 21 cas présentés, nous relevons ainsi :

- 4 cas traités uniquement par voie générale;
- les 17 autres l'ont été par l'association à la voie locale.

Pourtant, nous avons vu que toute antibiothérapie locale est une antibiothérapie générale ; nous pensons que la voie générale est nécessaire par mesure de prudence, mais qu'elle n'est pas l'élément fondamental de la thérapeutique, celui-ci restant représenté avant tout par les injections locales d'antibiotiques.

V - RÉSULTATS DU TRAITEMENT MÉDICAL.

Nous abordons ici un problème qui n'a pas encore été posé, mais qu'il est important d'étudier, bien que faussé par le petit nombre des cas traités médicalement.

1°- Gravité des abcès sous-phréniques.

a- Après traitement chirurgical.

= Avant l'ère des antibiotiques, OCHSNER et DE BAKEY donnent comme pourcentage de mortalité (5) :

- sur 1.096 abcès non opérés : 89 % ;
- à l'opposé, sur 1.492 abcès opérés, cette mortalité tombe à 32,8 %.

= Depuis l'ère des antibiotiques :

- CARTER et BREWER, sur 125 cas opérés, affirment que la mortalité est restée aux alentours de 32 % (4).

- Mais les abcès non opérés ont une mortalité 2 fois plus élevée.

- De même, GUIVARC'H (4) a opéré 27 abcès sous-phréniques avec 44 % de mortalité, d'ailleurs plus grande pour les abcès gauches.

b- A ces statistiques, nous opposons les bons résultats du traitement médical.

= Sur les 21 cas présentés, il n'y a eu que 2 décès ; mais ils ne peuvent être imputés au traitement médical, comme on l'a vu.

= Les 3 observations que nous avons relatées ont eu une guérison totale ; en particulier, il n'y a pas eu de complication ni de séquelles : nous n'avons pas observé de troubles de l'amplitude diaphragmatique ; dans les 3 cas, les sujets ont récupéré un jeu diaphragmatique parfaitement normal ; il n'y a pas eu de pachypleurite résiduelle.

= Sur 59 observations d'abcès sous-phréniques, post-opératoires le plus souvent, 32 cas n'ont pas été opérés (4) :

- 13 ont eu un drainage suffisant par la contre-incision de drainage et ont guéri ;

- 6 fois, la ponction simple sous écran radioscopique et traitement antibiotique ont été pratiqués ; il y a eu 4 guérisons et 2 échecs conduisant à l'intervention ;

- 8 fois, la ponction exploratrice, suivie de la mise en place d'un drainage aspiratif, a permis 6 guérisons ; 2 échecs ont amené à l'intervention.

Au total, 23 fois il n'y a pas eu d'intervention ; 2 morts sont à déplorer, soit 8 % environ de taux de mortalité.

2°- Durée du traitement.

Il n'est pas facile de chiffrer avec exactitude cette durée, tant en ce qui concerne le traitement chirurgical ou le traitement médical, car les auteurs ne l'ont pas toujours précisée. Cependant, nous sommes en mesure de préciser le temps écoulé pour traiter les trois cas que nous présentons :

- Obs. N° 1 : du 28-10-1949 au 29-11-1949.
- Obs. N° 2 : du 7- 1-1965 au 1- 2-1965
- Obs. N° 3 : du 25- 1-1966 au 2- 3-1966.

3°- Incidents et accidents.

= Sur le plan chirurgical, on connaît :

- les difficultés de la voie d'abord,
- les risques d'inoculation de la cavité pleurale,
- les suites opératoires souvent difficiles.

= Sur le plan médical :

On reproche à la ponction le risque d'ensemencement de la plèvre, et aux antibiotiques de camoufler les signes (3)(4).

Si LORETTI a effectivement observé le passage à la purulence de trois épanchements initialement séro-fibrineux, il les a toujours guéris grâce aux injections locales d'antibiotiques.

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais observé d'ensemencement microbien de la plèvre, malgré des ponctions fréquentes et répétées, ni d'abcès de paroi, ni d'accidents allergiques ou rénaux, avec les antibiotiques, qui sont classiquement à redouter lorsqu'on utilise les pénicillines ou la colistine (31).

= Nous pouvons donc conclure à la bonne tolérance des injections locales d'antibiotiques.

4°- Tableau récapitulatif.

Nous pouvons résumer le traitement médical des abcès sous-phréniques dans le tableau suivant, ce qui permet, comme on l'a déjà vu, de dégager trois notions importantes :

a)- Opposer deux types de guérison médicale :

- avec injections "in situ" d'antibiotiques (17 cas),
- sans injections "in situ" d'antibiotiques (4 cas).

b)- Rappeler l'intérêt des ponctions qui sont fondamentales au cours du traitement médical, car elles permettent :

- la soustraction du pus, dont les quantités sont souvent importantes lors des premières évacuations ;

- l'injection d'antibiotiques dans la poche purulente par la même aiguille.

c)- Souligner que le traitement médical peut être appliqué aussi bien aux abcès droits qu'aux suppurations sous-phréniques gauches, puisque l'on note :

- 10 ponctions à droite,
- 4 ponctions à gauche,

suivies d'évacuation de pus et d'injection d'antibiotiques.

AUTEURS	DATE	Nbre cas	MOYEN DIAGNOSTIQUE	LOCALISATION	GERMES ISOLÉS	INJECTIONS LOCALES d'AB.	TRAITEMENT GENERAL
TREMPE	1946	1	Radio	Supér.droite		0	Pénicilline
JANBON	1948	1	Ponction	Supér.droite	Colibacille	1 injection (1 g de Streptomycine)	Streptomycine
RAVINA	1950	1	Ponction	Gauche	Para-B	Injection de Chloromycétine	Chloromycétine
DESJACQUES	1950	1	Radio	Droite		0	Pénicilline-Streptomycine
ROCHE	1951	1	Ponction	Supér.droite	Colibacille Stropto.anaér. Perfringens	Injections quotidiennes pendant 30 jours, 2 injections par jour de pénicilline-streptomycine	Pénicilline-Streptomycine
DANNER	1951	1	Ponction	Supér.droite	Colibacille	Streptomycine (12 inj.)	Streptomycine
DE RITTIS BOZZOLO	1952	1	Ponction			Pénicilline-Streptomycine	

ZASLOW	1953	1	Radio	Droite		0	Terramycine I.V., 2 g par 24 heures
LORETTI	1954	10	Ponction	7 droites 3 gauches	Non précisés	3 à 5 injections pour chaque cas Péni. : 8 cas Péni.-Strepto.: 2 cas	AB non précisés
JAUBERT de BEAUJEU	1957	1	Radio et vomique	Droite	Staphylocoque doré	0	Pénicilline Streptomycine Sumédine
OBS. N°2	1965	1	Ponction	Supér.droite	Entérocoques Colibacilles	6 injections espacées 3 Tifomycine 3 Péni-Coli	Pénicilline Staphylomycine
OBS. N° 3	1966	1	Ponction	Supér.droite	0 Pus amicrobien	13 injections dont 11 de Péni.-Colimycine	Pénicilline Solnicol

OBSERVATIONS PERSONNELLES

I - OBSERVATION FR..., N° 1

Mr. FR... est admis à l'Hôpital d'Eaubonne à la fin de Septembre 1949 ; il s'agit d'un malade âgé d'une cinquantaine d'années, qui a dû abandonner sa profession de représentant de commerce il y a 4 ans environ, en raison d'une paralysie générale qui a compliqué le cours d'une syphilis dont le chancre a été découvert en 1918.

Son hospitalisation a été motivée par l'existence :

- d'un état fébrile avec fièvre en plateau à 38-39°,
- accompagné d'une diarrhée avec selles décolorées et ballonnement abdominal.

Ces signes évoluent sans amélioration, depuis une huitaine de jours, malgré l'institution d'un traitement symptomatique.

Le Docteur ROCHE est alors appelé à examiner le malade en Octobre 1949. Lors de l'examen :

- la température est toujours anormale, autour de 38°, décrivant de petites oscillations ;
- l'aspect du malade est celui d'un grand infecté ;
- à la base droite, on constate un syndrome pleurétique ;

- par contre, en avant, la matité hépatique a disparu, et le bord inférieur du foie n'est pas palpable. L'abdomen est parfaitement souple, sans point douloureux, sans empâtement.

L'examen radiologique du 24 Octobre 1949 montre :

1°- que la coupole diaphragmatique droite est plus élevée que normalement,

- se projetant à la hauteur du 8me espace intercostal,

- située à 4,5 cm au-dessus du diaphragme gauche,

- enfin, en scopie, les mouvements du diaphragme sont bien limités.

2°- au-dessous, une large bande claire :

- épouse la forme du diaphragme et repousse en dedans l'opacité hépatique,

- au-dessous de cette clarté, un niveau liquide se projette à la hauteur du 11e arc costal postérieur.

3°- au-dessus de la coupole, une ligne oblique scissurale part de la région cardio-phrénique, pour atteindre la paroi externe.

4°- de profil, on retrouve l'image aéro-liquidienne sous-diaphragmatique :

- en avant, elle est en contact avec la paroi ;

- en arrière, elle n'atteint pas la colonne vertébrale ; elle est donc localisée dans les deux tiers antérieurs de la loge sus-hépatique.

Quelques jours plus tôt, une ponction exploratrice faite en arrière n'avait retiré que du liquide citrin amicrobien, lié à un minime épanchement pleural réactionnel, radiologiquement invisible.

Après avoir pris connaissance des radiographies,

une ponction exploratrice antérieure, faite le 28 Octobre sous le contrôle de l'écran radioscopique, permet de retirer un liquide purulent, d'odeur extrêmement fétide, épais, jaune verdâtre. Par la même aiguille, 800.000 unités de Pénicilline et quelques cc de Lipiodol lourd à 40 % sont injectés. Sur le film pris peu après, le Lipiodol descend très bas, trois travers de doigts au-dessous de la cavité iliaque, 20 cm au-dessous du niveau liquide horizontal ; latéralement, il déborde légèrement le bord gauche de la colonne vertébrale, à la hauteur de la 4me lombaire. L'examen bactériologique du liquide retiré par ponction a montré de nombreux germes : colibacilles, streptocoques anaérobies et perfringens.

La gravité de cet abcès pyogazeux était évidente :

- Le sujet était intoxiqué, avec une température élevée autour de 38°.

- Il était reconnu tardivement, après une période d'un mois de suppuration.

- Il survenait chez un sujet dont la résistance générale était amoindrie par sa spécificité nerveuse, traitée par impaludation l'année précédente.

Malgré tous ces éléments défavorables, un traitement médical a été tenté, plutôt que de proposer d'emblée un abord chirurgical par voie extra-pleurale antéro-externe.

Les injections antibiotiques ont été faites par deux voies :

- 800.000 unités, par voie intra-musculaire, de Pénicilline, tous les jours ;

- 800.000 unités par voie locale, en deux injections, à 12 heures d'intervalle ; puis, deux jours plus tard, lorsque le colibacille a été identifié, on a associé 1 g de Streptomycine en 2 injections également.

Les injections intra-musculaires de Pénicilline furent arrêtées le 14 Novembre 1949 ; tandis que, par

mesure de prudence, les injections locales de Pénicilline-Streptomycine furent continuées aux mêmes doses jusqu'au 21 Novembre, et réduites de moitié ensuite jusqu'à la sortie du malade.

Le tableau suivant résume les modalités de cette thérapeutique :

AB.	Doses locales totales	Doses par voie générale	Doses totales	Durée	
Pénicilline	23.200.000 unités	13.600.000 unités	36.800.000 unités en 33 jours	V.LO. du 28-10 au 29-11	V.GE. du 29- au 14-
Streptomycine	26 g	0	26 g en 30 jours		

Le traitement a été remarquablement efficace ; au 5me jour, la température était normale ; en même temps, l'état général s'améliorait et le liquide perdait son caractère fétide.

Au 10me jour, les radiographies face et profil montraient encore une image hydro-aérique, mais réduite des deux tiers.

Au 12me jour, le liquide retiré ne contenait aucun germe à l'examen direct, et les cultures étaient stériles, tandis que son abondance diminuait; en effet, les cinq premières ponctions avaient permis de retirer plus d'un litre de pus au total ; la dernière soustraction de liquide, faite le 21me jour du traitement, ne ramenait plus que 150 cc.

Au cours de cette marche vers la guérison, un bilan étiologique a été entrepris ; malgré une exploration radiologique complète du tube digestif, il est resté négatif. Cependant, un certain nombre d'argu-

ments plaident en faveur d'un point de départ appendiculaire :

- début progressif,
- siège droit de l'abcès,
- lipiodol descendant très bas dans la région caeco-appendiculaire.

Le malade a quitté l'hôpital quatre jours après l'arrêt du traitement, le 3 Décembre 1949.

Il a été revu un peu plus d'un an après ; la guérison s'était maintenue ; il n'y avait pas eu de rechute.

o

o o

II - OBSERVATION BEND..., N° 2.

1- La pleurésie.

Mr. BEND..., âgé de 37 ans, Directeur d'usine, n'avait jamais été malade avant le 29 Décembre 1964. Ce jour-là, il ressent :

- une douleur de l'hypochondre droit, siégeant en avant sous les fausses côtes, qui va progressivement s'atténuer ;
- suivie, dans la nuit, de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui vont se répéter le lendemain ;
- les jours suivants, s'installe un syndrome infectieux grave avec frissons, fièvre élevée avec température à 39° ;
- tandis que la douleur réapparaît dans la nuit du 1er Janvier, plus violente et plus postérieure,
- et que la percussion du thorax met en évidence une matité de la base droite.

Un traitement par Tifomycine per os est institué ; mais, devant son inefficacité, le malade est admis au Centre hospitalier de Chartres, sept jours après le début de la maladie.

Le jour même, le 6 Janvier 1965 :

- on se trouve en présence d'un malade de forte constitution (95 kg pour 1,73 m), qui ne présente pas un aspect de grand infecté, malgré une température à 39°8 ;
- il existe un syndrome pleurétique de la base droite, que viendront confirmer :

1°- la radiographie faite dès l'entrée du malade, et qui révèle :

un aspect typique d'épanchement pleural peu abondant,

à limite supérieure légèrement concave en haut, située 6 cm plus haut que le diaphragme gauche.

2°- La ponction exploratrice, faite en pleine matité en arrière, ramène 400 cc de liquide séreux un peu trouble, qui se révèlera amicrobien. En raison de l'aspect du liquide et de ses caractères cytologiques (80 % de polynucléaires et 10 % de lymphocytes), ainsi que d'une leucocytose à 12.800 avec 84 % de polynucléaires neutrophiles, on pense à une pleurésie infectieuse qui menace d'évoluer vers la purulence. Un traitement antibiotique par voie générale est entrepris, associant : Pénicilline : 20 millions d'unités ; Terramycine : 1 g ; Solnicol : 2 g ; Streptomycine : 2 g, à partir du 9 Janvier seulement.

2- La collection purulente sous-diaphragmatique.

Le lendemain, une nouvelle ponction, faite plus bas en arrière, un espace intercostal au-dessous, ramène 50 cc de liquide d'aspect complètement différent : fétide, épais, verdâtre, franchement purulent ; les cultures permettront d'isoler des entérocoques et des colibacilles dont la sensibilité aux antibiotiques n'a pas été testée.

Un traitement local quotidien par injection de Tifomycine suspension à 0,25 g est alors associé à l'antibiothérapie générale. Au cinquième jour de l'hospitalisation (alors que le malade a déjà eu trois ponctions évacuatrices de pus, suivies d'injection "in situ" de Tifomycine), la fièvre est toujours élevée, avec une température à 38°3 le matin et 39°4 le soir, et la ponction reste blanche.

Le malade est alors dirigé sur l'Hôpital d'Eaubonne, le 13 Janvier 1965, en vue d'un drainage chirurgical de cette collection purulente.

A l'entrée, l'état général n'est pas altéré ; la température, bien qu'en baisse, est toujours à 38°4 le soir. La palpation de l'abdomen provoque une douleur à la partie externe de l'hypochondre droit. L'examen radiologique du 14 Janvier révèle alors :

1°- une opacité pleurale déjà connue ;

2°- une poche aéro-liquidienne importante, à grand axe horizontal, à égale distance de la paroi thoracique et de la ligne médiane.

Cette poche semble bien sous-diaphragmatique, car elle est située au-dessous d'une horizontale passant par le sommet de la coupole gauche.

La présence d'air, n'ayant été constatée qu'après les ponctions, est certainement le fait de celles-ci et non d'une perforation viscérale.

De profil, cette image hydro-aérique est postérieure ; au-dessus d'elle, une opacité sus-diaphragmatique, dense, à convexité antérieure, qui correspond à un épanchement pleural postérieur enkysté.

Dès lors, le diagnostic d'abcès sous-phrénique et sus-hépatique est très probable ; il sera confirmé par les clichés du 18 Janvier, pris après injection "in situ" de quelques cm3 de Lipiodol lourd à 40 % qui précisent :

- le contour inférieur de la poche qui mesure :
  - . de face 7 cm X 7 cm
  - . de profil 7 cm X 4 cm ;

- le bas-fond de la poche à hauteur du disque D11-D12 ; il n'y a pas de prolongements diverticulaires ;

- la localisation basse et corticale postérieure permet la différenciation avec la pleurésie purulente et l'abcès intra-hépatique.

3- Le traitement médical.

Le 18 Janvier, précédant l'injection locale de Lipiodol, la ponction avait permis de retirer 100 cc de pus franc ; par la même aiguille, on injectait 2 millions d'unités de Pénicilline-Colimycine. Les cultures du liquide ne permirent pas de mettre en évidence de germes. Trois autres ponctions, effectuées

au même endroit et selon les mêmes modalités, suivirent à intervalles espacés, retirant chaque fois des quantités de pus de moins en moins abondantes.

A ce traitement local, on associera 10 millions d'unités de Pénicilline et 2 g de Streptomycine par voie générale. La dernière injection "in situ" d'antibiotique est faite le 1er Février ; par mesure de prudence, la Pénicilline intra-musculaire est continuée jusqu'à la sortie du malade. Durant le cours de sa maladie, le sujet a donc reçu un traitement total que l'on peut résumer dans le tableau suivant : (Cf. p. 42)

L'efficacité de cette thérapeutique a été remarquable ; au 14me jour de l'hospitalisation, le 19 Janvier, la température était normale, et le restera tout au long de l'évolution.

Au 30me jour, le 6 Février 1965, les radiographies montraient :

- la disparition de l'image pyo-aérique ; à sa place, quelques traces de Lipiodol résiduel étaient visibles ;
- toutefois, le diaphragme était accroché à la paroi ; ce qui a fait entreprendre une rééducation respiratoire.

Le 13 Février 1965, le malade quittait le Service, apparemment guéri, en bon état général et apyrétique, mais avec une vitesse de sédimentation encore un peu perturbée à 26 - 52 mm aux 1ère et 2me heures.

Il était revu le 19 Juin 1965. La guérison s'était maintenue :

- l'état général était excellent ;
- la vitesse de sédimentation était revenue à la normale : 5 - 14 mm aux 1ère et 2me heures ;
- en scopie, on notait une discrète diminution de la course diaphragmatique, tandis que les films face et profil ne montraient plus d'anomalie.

o

o o

1er Janvier - 6 Janvier	6 Janvier - 13 Janvier		13 Janvier - 13 Février	
A domicile	Hôpital de CHARTRES		Hôpital d'EAUBONNE	
	Voie générale	Voie locale	Voie générale	Voie locale
TIFOMYCINE per os à doses non précisées	PENICILLINE 20 millions TERRAMYCINE 1 g SOLNICOL 2 g STREPTOMYCINE 2 g à partir du 9	TIFOMYCINE suspension à 0,25 3 injections quotidiennes	PENICILLINE 10 millions STAPHYLOMYCINE 2 g	PENICILLINE COLIMYCINE 2 millions 3 injections à interval- les espacés

III - OBSERVATION WAV..., N° 3.

1- Intervention - Séjour en clinique.

Jusqu'en Décembre 1965, ce sujet, âgé de 44 ans, contremaître, ne présentait aucun passé pathologique. Au début du même mois, il présente une crise douloureuse de la fosse iliaque droite ; le diagnostic d'appendicite est évoqué et, après avoir arrêté son travail le 18 Décembre, il entre en clinique le même jour. L'appendicectomie est faite le 11 Décembre, et le C.R.O. (Dr. COUILLIER) nous apprend qu'elle n'a pas été simple :

"L'appendice est difficile à trouver ; il est gros et rouge, avec méso gras qui saigne après ligature qu'on reprend. Il persiste un léger suintement. Un drain avec mèches est mis en place".

Dès le lendemain de l'opération, il existe un décalage thermique qui va persister jusqu'au 10me jour après l'intervention, la température variant entre 37°5 le matin et 38° le soir. Le 21 Décembre, la température s'élève de façon plus importante et va osciller autour de 39° pendant 4 jours, tandis que la radiographie pulmonaire, faite au lit le 22 Décembre, révèle l'existence d'une opacité triangulaire à base diaphragmatique et à sommet supéro-externe. Malgré l'antibiothérapie (Pénicilline et Streptomycine) instituée dès le 21 Décembre, la fièvre ne tombe pas. Le 24 Décembre, le malade expectore un petit crachat sanglant qui fait suspecter une embolie pulmonaire, et fait entreprendre un traitement associant anticoagulants et delta-cortisone. Le lendemain, la température est normale et le restera jusqu'à la sortie du malade le 30 Décembre.

2- Convalescence à domicile.

Quelques jours après sa sortie, la fièvre s'allume à nouveau, alors que le malade a cessé toute thé-

rapeutique. La numération globulaire, faite le 7 Janvier 1966, révèle une leucocytose à 13.350 G.B., avec 81 % de P.N.. Malgré un traitement antibiotique associant Pénicilline : 4 millions d'unités, Streptomycine, 1 g, et Hexacycline à doses non précisées, l'état général ne s'améliore pas, et le malade est alors admis à l'Hôpital d'Eaubonne, le 15 Janvier 1966.

3- Séjour à l'Hôpital.

L'examen fait à l'entrée note :

- qu'il s'agit d'un sujet de forte constitution, mais fatigué, avec un état général altéré sans signes de gravité ;
- en effet, la température est à 37°3 le matin et 37°8 le soir ; la leucocytose est pratiquement normalisée avec 9.300 G.B. et 75 % de P.N., mais la V.S. est à 125-137 ;
- enfin, il existe une submatité de la base droite.

Le 21 Janvier, le malade présente un point de côté droit sans crachat sanglant ; une nouvelle migration embolique est évoquée et l'on reprend le traitement anticoagulant associé à une antibiothérapie comprenant Pénicilline et Tifomycine.

Sur les films, face et profil, du 25 Janvier :
- il existe une opacité triangulaire à sommet supéro-externe et base diaphragmatique ;
- il n'y a pas d'épanchement pleural visible.

Le même jour, la ponction exploratrice, faite avec retard en raison du traitement anticoagulant, ramène successivement :
- 5 cc de liquide séro-fibrineux clair,
- et, par un point de piqûre situé en dedans du précédent et plus profondément, 250 cc de liquide verdâtre et fétide franchement purulent ; par la même aiguille, on injecte de la Soframycine et du bleu de méthylène qui ne sera pas expectoré.

Les examens bactériologiques pratiqués sur ce pus, ainsi que sur les suivants, ne mettront jamais de germes en évidence.

Deux nouvelles ponctions sont à nouveau pratiquées, les 26 et 27 Janvier, et permettent de retirer respectivement 80 et 100 cc de pus ; par la même aiguille, on injecte des antibiotiques et quelques cc de Lipiodol lourd.

Les films pris peu après le 28 Janvier révèlent :

1°- de face : une poche arrondie dont les diamètres vertical et transversal sont respectivement de 7 et 8 cm. Le bas-fond est régulier, sauf en dehors où il existe des prolongements descendant jusqu'à la hauteur du disque L1-L2.

2°- de profil : on retrouve cette image mesurant 9 cm de diamètre antéro-postérieur. Elle est située sous le diaphragme droit, très postérieure, se projetant sur la colonne lombaire.

Ces clichés pris après Lipiodol confirment ainsi l'existence d'un abcès sous-phrénique sus-hépatique et postérieur.

L'antibiothérapie générale est commencée le 26 Janvier, associant Pénicilline : 10 millions d'unités, et Solnicol : 1 g par 24 heures ; ces antibiotiques seront arrêtés le 24 Janvier, soit après 31 jours de traitement. Parallèlement à cette thérapeutique, un traitement local est commencé. Il consiste en ponctions qui permettent de retirer du pus et d'injecter "in situ" des antibiotiques. Ainsi, 14 ponctions successives sont faites. Les quantités de pus retirées iront décroissant, et les soustractions de liquide purulent seront toujours suivies d'injection d'antibiotiques : Soframycine, puis Pénicilline-Streptomycine pour les deux premières, enfin Pénicilline-Colimycine pour les suivantes. Ces injections ont d'abord été quotidiennes, puis espacées tous les 2 ou 3 jours ensuite ; la dernière ponction, faite le 2 Mars, avait encore permis de retirer 25 cc de li-

quide fluide, de couleur café au lait.

Le tableau suivant résume le traitement médical de cet abcès.

Date	Quantité de pus	Aspect du pus	Antibiotique local	Divers
25/1/66	260 cc	Verdâtre épais fétide	Soframycine	
26/1/66	80 cc	id	Pénicilline Streptomycine	Lipiodol "in situ" VS: 128-132
27/1/66	100 cc	id	Pénicilline-Colimycine	Lipiodol + air "in situ"
28/1/66	60 cc	Pus café au lait	id	
31/1/66	0		id	VS: 83-107
1/2/66	20 cc	Liquide trouble	id	
3/2/66	40 cc		id	
4/2/66	90 cc		id	
5/2/66	50 cc		id	VS : 52-91
8/2/66	2 cc	Liquide séro-sanglant	id	
12/2/66	20 cc		id	
15/2/66	40 cc		id	
23/2/66	0		id	
2/3/66	25 cc	Liquide fluide café au lait	id	VS : 7-12

Sous l'effet de cette thérapeutique, l'état général s'est rapidement amélioré, et la V.S., qui était à 128-132 le 26 Janvier, était à 7-12 le 2 Mars 1966.

Parallèlement, sur les clichés, on notait une diminution de volume de la cavité de l'abcès.

Ce malade était revu le 22 Mars et le 28 Mars ; la guérison s'était maintenue et sur les clichés le niveau liquide lipiodolé avait disparu ; seule persistait une boule de lipiodol de 2 cm de diamètre, avec des prolongements vers la fosse iliaque droite ; il n'y avait pas de séquelles pleurales.

o
o o

EN RESUME :

Nous avons traité trois abcès sous-phréniques et sus-hépatiques par le seul traitement médical ; nous avons obtenu la guérison dans les trois cas.

L'expérience est, certes, limitée pour juger de la valeur de cette thérapeutique par rapport au traitement chirurgical ; il est possible qu'il y ait des échecs, mais nous insistons sur le fait que ce traitement médical ne présente aucun danger et que, s'il le fallait, l'intervention faite secondairement se ferait dans de bonnes conditions.

Pourtant, comme le souligne GUIVARC'H (4), mieux vaut prévenir l'abcès sous-phrénique, plutôt que de le traiter. Ainsi l'auteur rappelle l'intérêt du drainage efficace, après chirurgie sur l'étage sus-mésocolique.

C O N C L U S I O N S

1 - A l'occasion de trois observations personnelles de suppurations sous-phréniques guéries sans intervention chirurgicale, nous avons recherché les cas analogues dans la littérature française et étrangère, et nous avons réuni au total 21 observations d'abcès sous-phréniques et sus-hépatiques guéris par le seul traitement médical.

2 - Le plus souvent, le diagnostic a été confirmé par la ponction. Dans nos observations, nous avons précisé la topographie sous-phrénique de la suppuration par l'injection "in situ" de lipiodol lourd, éliminant ainsi les autres affections suppurées du voisinage.

3 - Le traitement médical est avant tout un traitement local, permettant d'injecter dans l'abcès de fortes doses d'antibiotiques. De préférence, il faut associer plusieurs antibiotiques, tenant compte si possible des résultats de l'identification des germes et de l'antibiogramme. Les injections doivent être renouvelées fréquemment ; une injection tous les jours, voire deux par jour au début, en raison de la résorption très rapide des antibiotiques par la séreuse péritonéale.

4 - Dans notre pensée, le traitement médical n'est plus le simple adjuvant du traitement chirurgical, mais peut se substituer à ce dernier.

5 - Le traitement médical exclusif est justifié dans les suppurations sous-phréniques, qui doivent être traitées comme les pleurésies purulentes.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

G. BROUET

B I B L I O G R A P H I E

(1)- ROCHE S.- Longue pleurésie purulente chez une enfant de dix ans. Echec de deux pleurotomies et des sulfamides. Guérison par la pénicilline.- Bull. de l'Acad. de Méd., T. 129, Séance du 23 Janvier 1945.

(2)- DESJACQUES R. et REPLUMAZ P.- Les abcès sous-phréniques.- Lyon Chir., T. 45, N° 6, Août-Sept. 1950.

(3)- POILLEUX F., POUYAN A.- Péritonites aiguës localisées.- E.M.C., 9048 P-40, 4-1963.

(4)- GUIVARC'H M., MARQUAND J. et MOUCHET A.- Les abcès et collections sous-phréniques (A propos de 59 observations).- Jour. de Chir., T. 91, N° 3, Mars 1966, p. 333-350.

(5)- CARTER R. et BREWER L.A.- Abcès sous-phrénique ; un complexe clinique thoraco-abdominal. Les modifications de son évolution avec les antibiotiques.- Am. J. Surg. 108, N° 2, 165-174, Août 1964.

(6)- OCHSNER A. et DE BAKEY M.- Subphrenic abscess : collective review and analysis of 3.608 collected and personal cases.- Internat. Abstr. Surg. 66 : 426, 1938, in Surg. Gynec. and Obst., May 1938.

(7)- BOQUIEN Y., THUAND J., LE BODIC L., BLAIN Cl.,

LEMOUROUX M. - Les abcès sous-phréniques gauches.- G.M. de France, T. 71, N° 21, 1-XII-1964.

(8)- D'HOUR H. et BUISINE - Gangrène pulmonaire subaiguë et dilatation des bronches.- J. des Sc. Méd. de Lille, 12-V-1929.

(9)- VAN DEN BUSSCHE R.- Les pleurésies putrides. Conception actuelle de la question.- Thèse Médecine Lille, 1935.

(10)- FISCHER M.C., FRIEDMAN I.A.- Les appendicites perforées associées au pneumopéritoine.- Am. J. Gastroent. 42, N° 4, 442-446, 1964.

(11)- WAHIB NINI - Abcès sous-phréniques.- Rev. Méd. Moyen-Orient, 19, N° 4, 462-472, Juil.-Août 1962.

(12)- VAN USSEL E. et GOMAND L.- Abcès sous-phréniques gauches.- Arch. Mal. App. Dig. 49, N°7-8, 992-998, Juil.-Août 1960.

(13)- RAVINA, PECHER et RIBIERRE - Suppuration sous-phrénique ayant évolué avec un minimum de signes cliniques et consécutive à une paratyphoïde B, apparemment guérie par la chloromycétine.- Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris, N° 1-2, p. 45, 1950.

(14)- COSSA J.F. - Abcès sous-phrénique.- G.M. de France, 3501-3505, 2-X-1965.

(15)- AUBERTIN J.- Sur 72 observations de méningites purulentes de l'adulte.- Gaz. des Hôp. N° 13, 595-606, 10 Mai 1965.

(16)- BROUET G.- Les épanchements pleuraux à liquide clair non tuberculeux.- Rev. Prat., T. XII, N° 14, 11-V-1962.

(17)- HUNT - Subphrenic abscess. A critical survey

of twelve cases.- Brit. J. Surg. 36, 185-197, 1948.

(18)- MERCADIER M.- Comment détecter l'origine hépatique d'un abcès sous-phrénique.- Rev. du Prat. 6, N° 22, 1er Sept. 1956.

(19)- TREMPE F. et CARON W.M.- Abcès sous-phrénique. Traitement à la pénicilline.- Laval Méd. II, 257-264, 1946.

(20)- JANBON M., BERTRAND L., IZARN P.- Abcès sous-phrénique à colibacilles guéri par la streptomycine.- Montpellier Méd. 33/34, N° 5, 268-271, Sept.-Oct. 1948.

(21)- ROCHE G., CHAMBAS G. et VERON M.- Abcès sous-phrénique et sus-hépatique guéri par traitement médical. Intérêt des injections "in situ" d'antibiotiques.- J. Fr. de Méd. et Chir. Thoraciques, T. V, N° 3, 1951.

(22)- DANNER M.- Traitement local par la streptomycine de l'abcès sous-phrénique.- Ther. Gegenwart 90, N° 5, 187-188, Mai 1951.

(23)- FERRETTI M.- L'ascesso subfrenico.- Vol. I, Degli Scritti Medici in onore di G. Razzaboni, L'Aténéo Parmense, 1952.

(24)- ZASLOW J. et SACHS F.- Guérison d'un abcès sous-phrénique avec de grosses doses de Tarramycine.- J. Amer. Med. Ass. 152, N° 13, 1213-1215, Juillet 1953.

(25)- LORETI M., FACCIANI E.- Contribution au traitement non sanglant de l'abcès sous-phrénique.- Arch. ital. Chir. 78, N° 5, 387-394, 1954.

(26)- JAUBERT de BEAUJEU M. et GUILLET E.- Abcès sous-phrénique à évolution thoracique. Guérison par les antibiotiques après vomique.- Soc. Chir. Lyon, Séance du 16 Mai 1957.

(27)- ROCHE G., PELLERIN F., JUTEAU C. et J.- La perméabilité pleurale comparée de la plèvre saine et de la plèvre pathologique (injections de sulfathiourée).- Rev. de la Tuberculose, T. 21, N° 7-8, 1957.

(28)- SHEAR L. et collaborateurs - Administration d'antibiotiques par voie intra-péritonéale. Taux d'absorption à travers le péritoine.- The Amer. J. of the Med. Sc. 249, 1, Janv. 1965.

(29)- TCHOUKITCHEW E.M.- Influence de certains antibiotiques sur l'inflammation aseptique.- Antibiotiki, X, N° 11, 1023-1027, Nov. 1965.

(30)- NEUMAN M.- Association des antibiotiques antibactériens. Principes de base.- Le Concours Méd., N° 16, 2741-2748, 16-IV-1966.

(31)- LABRAM C.- Complications de l'antibiothérapie. Colistine, chloramphénicol et pénicillines.- Le Concours Méd. N° 14, 2375-2381, 2-IV-1966.

TABLE DES MATIERES

Page

INTRODUCTION 1

GENERALITES SUR LES ABCES SOUS-PHRENIQUES 3

I- Fréquence. 3

II- Topographie. 3

1°- Facteurs influençant la localisation sous-phrénique. 3

2°- Variétés topographiques des abcès sous-phréniques. 4

3°- Fréquence selon la localisation. 5

III- Anatomie pathologique. 5

1°- Description de la poche purulente. 5

2°- Origine des gaz. 6

IV- Etiologie. 7

1°- Les affections en cause. 7

2°- Les germes à l'origine de la suppuration. 9

V- Diagnostic positif. 10

1°- Clinique. 10

2°- Radiologique. 11

3°- La ponction exploratrice et l'injection "in situ" de lipiodol. 12

VI- Diagnostic différentiel. 13

LE TRAITEMENT MEDICAL 15

I- Historique. 15

II- Importance des injections locales d'antibiotiques. 19

1°- Apport massif des produits au sein du foyer suppuré. 19

2°- L'antibiothérapie locale est une antibiothérapie générale. 20

3°- Les antibiotiques possèdent une activité antiphlogistique. 21

III- Modalités des injections locales. 21

1°- Technique. 21
2°- Choix et doses des antibiotiques. 22

IV- L'antibiothérapie générale. 25

V- Résultats du traitement médical. 25

1°- Gravité des abcès sous-phréniques. 25
2°- Durée du traitement. 27
3°- Incidents et accidents. 27
4°- Tableau récapitulatif. 28

OBSERVATIONS PERSONNELLES 33

I- Observation N° 1. 33
II- Observation N° 2. 38
III- Observation N° 3. 43

CONCLUSIONS. 49

BIBLIOGRAPHIE. 51